VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'INCISION IMMÉDIATE

DANS LES RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE

N° 12

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

L'INCISION IMMÉDIATE

DANS LES

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 décembre 1906

PAR

CHARLES BERRETTA

Né le 8 mars 1881 à Nice (Alpes-Maritimes)

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENG
LIBRARY

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen.
TRUC..... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SOEURS ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

CH. BERRETTA.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ESCAT

CHARGÉ DE COURS DES MALADIES GÉNITO-URINAIRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CH. BERRETTA.

INTRODUCTION

Si, pendant longtemps, le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre a divisé les chirurgiens, actuellement ous sont d'accord sur cette importante question de thérapeutique chirurgicale. On doit inciser le plus tôt possible.

Imbu de cette idée, j'ai parcouru de nombreuses observations de rupture traumatique de l'urètre pénien ou pénoscrotal, membraneux et périnéo-bulbaire.

J'ai constaté que ce grand principe de l'incision immédiate est rarement appliqué; même dans les cas de traumatisme intense, l'incision n'a pas toujours été faite.

A plus forte raison ce principe est-il violé dans les cas dits légers ; le médecin appelé s'est précipité sur la sonde ; elle a passé et le malade étant considéré hors de danger on ne s'en préoccupe plus.

Bientôt pourtant, un phlegmon diffus, gagnant rapidement tout le périnée, les bourses et même l'hypogastre, va forcer la main au chirurgien trop confiant en la valeur thérapeutique de la sonde à demeure. Il l'oblige à pratiquer l'incision périnéale qu'il avait écartée les premiers jours ; heureux si l'intervention chirurgicale retardée suffit à arrêter la marche de l'infection !

Là n'est pas le seul point qui a frappé mon esprit. J'ai constaté, d'une part, que la majorité de cas graves incisés d'urgence avaient évolué rapidement vers la guérison, sans complications immédiates ; que, d'autre part, des ruptures paraissant légères au début n'avaient pas tardé à présenter les complications les plus redoutables, s'accompagnant presque fatalement d'abcès et de retrécissement infranchissable.

A quoi peuvent tenir ces différentes évolutions ? N'est-ce pas dans les cas où la rupture de l'urètre est légère que le pronostic doit être le plus favorable ?

Ce serait vrai, s'il était appliqué aux cas considérés comme légers le même traitement qu'aux ruptures graves : l'incision immédiate dès que le diagnostic a été établi.

Malheureusement, comme nous l'avons dit plus haut, c'est surtout pour ces cas dits légers qu'on se contente de parer aux accidents immédiats, actuels et l'on temporise. On ne se décide à agir plus activement que lorsque des complications se produisent. Il est alors trop tard : ou le malade succombe ou son état nécessite des opérations dont le succès n'est pas assuré.

En faisant de ces questions le sujet de ma thèse inaugurale, je les traiterai à la fois par les moyens que mettent à ma disposition l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique et la clinique.

J'ai divisé mon travail en quatre chapitres :

1° Dans le premier, je fais l'historique de l'incision périnéale et des discussions qu'elle a soulevées depuis 1875 jusqu'à nos jours ;

2° Dans le second, j'examine les arguments tirés de l'ana-

tomie et de la physiologie pathologiques. Après avoir étudié la formation du caillot, on voit que son évolution vers la résorption, possible en d'autres régions, se fait dans des conditions défavorables lorsque l'hématome a pour siège le périnée ;

3° Dans le troisième, la clinique me montre toute la valeur thérapeutique de l'incision aussi précoce que possible ;

4° Enfin les indications cliniques de la rupture font l'objet de la dernière division ; rapidement j'expose la conduite à tenir après l'incision.

Avant de passer à l'historique, il est de mon devoir de remercier M. le Professeur Escat, chargé du cours des maladies génito-urinaires à l'Ecole de Médecine de Marseille. C'est à lui que je dois l'idée de ma thèse et son précieux concours m'a permis de la mener à bonne fin. Les trois années passées à la clinique de ce maître resteront gravées dans mon esprit.

A l'Ecole, j'ai rencontré un camarade qui m'a obligé en maintes circonstances ; qu'il veuille bien se reconnaître dans ces lignes et soit assuré d'une amitié profonde et dévouée.

Tous mes remerciements à MM. les Docteurs Delanglade, professeur de clinique chirurgicale, et Piéri, chirurgien des hôpitaux, dont la bienveillance m'a permis de publier des observations d'un prix inestimable.

M. le Professeur Forgue, en acceptant la présidence de cette thèse, me fait, par l'autorité de son nom, le plus grand honneur. Je lui en suis profondément reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avec la retentissante communication faite, en 1875, à la Société de Chirurgie, par Notta de Lisieux (1), s'ouvre une ère de discussions au sujet de la valeur thérapeutique de l'urétrotomie externe et de ses indications dans les ruptures traumatiques de l'urètre.

Notta répudie la fonction sus-pubienne qui ne peut empêcher la suppuration des caillots sanguins accumulés dans la région périnéale ; plus tard, dit-il, il faudra faire l'incision et de plus le blessé aura subi la ponction hypogastrique.

On doit introduire un explorateur dans le canal et sitôt la rupture reconnue ne pas hésiter à pratiquer une large incision sur le repli médian ; telle est la conduite que Notta propose de tenir lorsque le cathétérisme est difficile.

En 1876, Olivier (2) et la même année J. Bœckel (3) s'étonnent, quand les symptômes fournis par l'examen du

(1) Notta de Lisieux. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 463, 26 mai 1875.

(2) Olivier. — Thèse de Paris, 1876.

(3) J. Bœckel. — *Gazette médicale de Strasbourg*, p. 121, 1876.

canal ont prouvé de façon indubitable qu'il y a rupture, que l'on n'incise pas d'emblée le périnée, pratique qui prévient les abcès et les infiltrations d'urine.

Guyon est du même avis que Cros, 1876 (1), lorsque celui-ci préconise l'urétrotomie externe d'emblée qui, mettant à nu les surfaces lésées, permet de combattre l'hémorragie, assure le libre écoulement de l'urine, et loin d'ajouter à la gravité de la lésion la simplifie en supprimant la tumeur périnéale ; la seule objection que Guyon fasse à Cros est que l'urétrotomie externe, applicable d'après lui aux cas graves et quelquefois aux moyens, peut devenir nécessaire dans certains cas légers.

Avec la thèse d'agrégation de Terrillon en 1878 (2), paraît une statistique qui montre que sur 9 cas traités dès le début par l'emploi de la sonde, il y en eut 4 suivis de mort ; dans les 5 autres, des accidents du côté du périnée nécessitèrent des incisions.

En 1883, Salviat (3) termine sa thèse en concluant que l'urétrotomie externe d'emblée doit être employée :

1° Dans les cas de rupture interstitielles, lorsque la tumeur intrapariétale très volumineuse peut faire craindre la suppuration ;

2° Dans les cas de moindre gravité, lorsque la tumeur périnéale est très manifeste et fluctuante, bien que le cathétérisme puisse être fait ;

3° Dans les cas graves, sans essayer l'introduction d'une sonde.

En 1883 et 1884 parurent encore deux ouvrages traitant des ruptures de l'urètre.

(1) Cros. — *Bulletin Société chirurgicale*, 6 décembre 1876.
(2) Terrillon. — Thèse d'agrégation, Paris, 1878.
(3) Salviat. — Thèse Paris, 1883.

Le premier est dû au Docteur Max Oberot (1), alors assistant à la clinique de Volkman, à Halle :

1° Dans les ruptures incomplètes, cet auteur conseille une sonde à demeure pendant quelques jours ; dans les ruptures totales, il élimine le cathétérisme ;

2° Dans les ruptures de la portion membraneuse ou bulbaire, il incise le foyer et recherche le bout postérieur ; s'il ne le trouve pas, il ponctionne la vessie et s'il est obligé de pratiquer le cathétérisme rétrograde, il le fait par la voie sus-pubienne.

Le deuxième travail sur les traumatismes périnéaux de l'urètre est de C. Kaufmann (2). Le résumé en est dans le t. XXIV, p. 343, de la revue du professeur Hayem.

Dès que le cathétérisme, dit Kaufmann, offre des difficultés, il faut immédiatement pratiquer l'incision périnéale..... Si la plaie urétrale est peu importante, on laisse ensuite la cicatrisation s'opérer spontanément.

Si la rupture des parois est totale, il y a lieu de pratiquer la suture des deux bouts après ablation des extrémités contuses ; la plaie du périnée sera traitée à ciel ouvert.

A cette occasion, Kaufmann donne une statistique : Dans 91 cas traités par l'incision périnéale les deux premiers jours, 83 guérisons et 8 morts ; 30 cas à une époque plus éloignée donnent 24 guérisons et 6 morts.

Comparant ces chiffres à la mortalité fournie par les autres méthodes, il conclut que l'incision périnéale d'emblée donne les meilleurs résultats.

Dans la grande discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie le 7 juin 1885, discussion amenée par le rapport

(1) *Revue de Chirurgie*, 1883, p. 234.
(2) Kaufmann. — *Revue de Hayem*, t. XXIV, p. 343.
(3) *Annales org. gén.-urinaires*, 1885.

de Terrier sur une observation de Cabadi (Valena, d'Agen), Tillaux dit que dans un cas analogue il n'a pas hésité à inciser immédiatement, à passer des sondes tous les jours, à commencer la dilatation lorsque les accidents initiaux ont été conjurés ; le résultat final a été excellent.

Lucas-Championnière (1) incise hâtivement et suture le périnée pour chercher une réunion immédiate, tandis que Mallière (2) conseille de n'intervenir que plus tard pour exciser le retrécissement qui commence à se former.

Bourdaux, de Fleurance (Gers) (3) s'élève contre la tendance à ne placer qu'une sonde à demeure. Avec l'urétrotomie externe d'emblée tous les accidents de la rupture traumatique sont conjurés, ainsi d'ailleurs que le retrécissement consécutif qui reste inévitable lorsque on s'est borné à pratiquer un cathétérisme que le hasard seul a pu rendre heureux.

Ainsi, Bourdaux est le premier auteur qui note l'influence heureuse de l'incision précoce sur l'évolution très lente du retrécissement.

En 1887 Etienne (4), 1888 Cauchis (5) et 1889 Coulhon (6) s'appuyant sur des observations, conseillent la taille périnéale immédiate, avec sonde à demeure 4 ou 5 jours, parce qu'elle contribue de plusieurs manières à obtenir une prompte guérison.

Elle assure le cours de l'urine et permet de tenir le foyer traumatique aussi propre que possible.

(1) L. Championnière. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1885.
(2) Mallière. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1885.
(3) Bourdaux. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1885.
(4) Etienne. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1887, p. 280, 340, 407.
(5) Cauchois. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1888, p. 682.
(6) Coulhon. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1889, p. 1119.

Dosseff (1) (Th. Montpellier, 91-92) adopte l'opinion actuelle des classiques

Cas graves : Incision périnéale. Sonde à demeure 4 ou 5 jours, puis dilatation. Suture si possible.

Cas moyens : Urétrotomie externe dès que la tumeur est constituée.

Cas légers : Surveillance et antiphlogistiques.

Noguès (Th. Paris, 1892-93) (2) dans une thèse très fournie en observations, croit que l'urétrotomie externe d'emblée n'est efficace que lorsque cette intervention est suivie de suture des deux bouts du canal.

La suture est certainement une bonne chose, mais de là lui attribuer tout le mérite de la guérison est un peu osé ; la suture ne vaut que par l'incision qui l'a précédée, et Forgue est convaincu que la suture la mieux faite n'abrège certainement que de peu la durée de la cicatrisation.

Fabre (Th. Paris, 1892-93) (3), trouve que :

1° La division des ruptures de l'urètre périnéal en cas graves, cas de moyenne intensité et cas légers est fausse et dangereuse au point de vue thérapeutique ; la transformation des cas légers en cas graves étant toujours possible ;

2° L'urétrotomie externe d'emblée avec suture périnéo-bulbaire est le traitement de choix, le traitement unique de ces ruptures ;

3° Les lésions traumatiques de l'urètre membraneux réclament la même intervention toutes les fois que la chose est possible.

On doit, comme le dit Fabre, inciser toutes les ruptures de l'urètre, c'est un principe absolu ; quant à la suture, on

(1) Dosseff. — Thèse Montpellier, 1891-92.

(2) Noguès. — Thèse Paris, 1892-93.

(3) Fabre. — Thèse Paris, 1892-93.

ne l'emploiera pas dans les cas de désordre anatomiques graves et d'infection du foyer traumatique.

Astruc (Th. Montpellier 1894-95) (1), qui étudie les ruptures de l'urètre membraneux, incise toujours le périnée de prime-abord. Il risque ainsi, tout en évacuant les caillots et l'urine, de trouver le bout postérieur; si la recherche est infructueuse, on peut avoir recours au cathétérisme rétrograde et pratiquer la taille hypogastrique, comme l'a faite M. le Professeur Estor (2).

Cabot (1897) (3) préconise l'incision immédiate avec suture bout à bout des deux tronçons de l'urètre. Il se base pour cela sur cinq cas opérés de la même façon; trois blessés avaient une rupture transversale complète de l'urètre et deux une rupture incomplète.

Quatre ont été revus au bout de cinq et de trois ans et leur canal admettait un cathéter de calibre suffisant.

Tillaux (1897) (4) conseille d'essayer la sonde, mais quand même faire l'opération périnéale lorsque la rupture est grave; laissez la sonde à demeure huit jours, dit-il, et au bout de ce temps, retirez-la mais pour la remplacer par une nouvelle laissée jusqu'à guérison.

Il n'est pas nécessaire de laisser la sonde si longtemps, trois ou quatre jours tout au plus, parce que la sonde écarte plutôt qu'elle ne rapproche les lèvres de la plaie. Quelques fois, cependant, on est obligé de la replacer, lorsque le malade, bien qu'en bonne voie de guérison, présente de la rétention par atonie du muscle vésical. (Voir les cas d'Escat et de Delanglade.)

(1) Astruc. — Thèse Montpellier, 1894-95.

(2) Estor. — Du cathétérisme rétrograde, Paris, Coulet, 1895.

(3) Cabot. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1897.

(4) Tillaux. — *Traité de Chirurgie clinique*, t. II, 4e édit., 1897.

Walther (Th. Paris 1897-98) (1) et Stoitchoff (Th. Lyon, 1899-1900) (2) divisent les traumatismes de l'urètre en cas légers, moyens et graves. Ils s'en tiennent à un traitement symptomatique.

Stern (3) et Lennander (4) réclament l'opération immédiate et, si la chose est possible, la suture des deux bouts de l'urètre.

Forgue (5), dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale*, tome IV, 1898, p. 989, et le *Précis de pathologie externe*, 2e édition, 1904, p. 707, étudie longuement le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre; nous ne pouvons mieux faire que le citer textuellement :

« 1° Dans les cas légers, il faut se garder du cathétérisme métallique, inutile, puisque le malade pisse seul, et dangereux; mais on surveillera et on agira si le périnée s'infiltre et s'enflamme;

2° Dans les cas moyens, on peut envisager deux espèces; ou bien la rétention est incomplète : le cathétérisme reste facile à une sonde de Nélaton même sur mandrin à forte courbure et suivant la paroi supérieure; la tuméfaction périnéale est médiocre ou n'augmente pas; laissez alors la sonde de caoutchouc rouge à demeure.

Ou bien la miction est très pénible; le cathétérisme doucement mené n'a réussi que difficilement; le périnée est fortement tuméfié. L'incision périnéale hâtive permettra alors de vider la poche de ses caillots, d'assurer l'hémostase et la

(1) Walther. — Thèse Paris, 1897-98.

(2) Stoitchoff. — Thèse Lyon. 1899-1900.

(3) Stern. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1900.

(4) Lennander. — *Annales org. gén.-urinaires*, 1900.

(5) Forgue et Reclus. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, t. IV, 1898, p. 989.

Forgue. — *Précis de Pathologie interne*, 2e édition, 1904, p. 707.

désinfection, de placer une sonde à demeure, de prévenir le retrécissement si rapide à se former;

3° Soit un cas grave; le cathétérisme est impossible ou très malaisé ou impossible et partant insuffisant et dangereux. La rétention est complète, la tumeur périnéale volumineuse, l'urétrorragie abondante. Incisez hâtivement le périnée. Cette pratique à laquelle avaient recours, dès le commencement du siècle, Chaput, Desault et Lallemand, est réglée officiellement à l'heure actuelle par le mémoire de Cros, le rapport de Guyon, la thèse de Terrillon et par les discussions de la Société de chirurgie. La ponction aspiratrice de la vessie n'est qu'un moyen d'attente permettant d'esquiver une intervention d'urgence en de mauvaises conditions. »

Par les lignes qui précèdent, on voit que M. le professeur Forgue est un partisan de l'incision périnéale appliquée aussi précoce que possible.

Malbois (Th. Montpellier 1899-1900) (1) pense que dans les traumatismes de l'urètre, moyens et graves, la seule intervention d'urgence pratique et raisonnable est l'incision périnéale. Elle sera toujours terminée par la suture immédiate.

La suture n'est contre indiquée que par le broiement considérable des tissus et les signes certains d'infection précoce du foyer de rupture.

Gross-Rohner, Vautrin, André, 1900 (2), combattent : Dans les cas légers, l'hémorragie et la rétention par la sonde à demeure.

Dans les cas moyens, ils tentent le cathétérisme mais agissent presque toujours comme dans les cas graves.

(1) Malbois. — Thèse Montpellier, 1899-1900.

(2) Gross-Rohner, Vautrin, André, *Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, 1900, p. 114.

Dans les cas graves, la ponction hypogastrique comme moyen d'attente, mais toujours l'urétrotomie externe.

Legueu, 1900 (1), donne des indications thérapeutiques suivantes :

1° Ruptures péniennes. Surveiller et attendre ;

2° Ruptures périnéo-bulbaires. Lorsque l'urétrorragie, les difficultés de la miction et le gonflement du périnée montrent que la rupture est certaine ; bien que la sonde passe, il faut faire l'urétrotomie externe d'emblée avec suture de l'urètre et des parties molles lorsque cela est possible ;

3° Rupture de l'urétre postérieur. Taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde d'emblée.

Il semble que réclamer le cathétérisme rétrograde d'emblée par la voie sus-pubienne est aller un peu vite en besogne ; je citerai un cas de rupture membraneuse incisée immédiatement, avec suture de l'urètre ; la guérison a suivi rapidement cette seule opération et se maintient à l'heure actuelle depuis plus de deux ans.

Lejars, 1900 (2), lorsqu'il n'y a pas tumeur, emploie la sonde et surveille ; mais, s'il ne peut passer d'emblée, emploie la ponction capillaire.

Au contraire, il recourt à l'urétrotomie externe lorsqu'il y a tumeur retarder, dit-il, ne serait que moins bien réussir dans la suite.

Ainsi donc, en théorie, la majorité des chirurgiens préconise l'incision aussi précoce que possible ; malheureusement dans la pratique on a souvent tendance à abandonner cette incision immédiate qui, en évacuant l'hématome, met le blessé à l'abri du phlegmon diffus et de la périurétrite scléreuse sténosante.

(1) Legueu. — *Traité de chirurgie*, Le Dentu Delbet, t. IX, p. 336, 1900.

(2) Lejars. — *Chirurgie d'urgence*, 1900, 2° édit, p. 521.

CHAPITRE II

ARGUMENTS TIRÉS DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Passons à l'étude des arguments que nous offrent l'anatomie et la physiologie pathologiques.

Quand il y a rupture de l'urètre, la lésion peut siéger tantôt sur une région tantôt sur une autre de l'urètre ; mais qu'elle en intéresse la section en totalité ou en partie, il en résulte toujours une attrition plus ou moins grande des tissus, accompagnée de ruptures vasculaires.

Depuis Terrillon, les classiques distinguent trois types de rupture de l'urètre :

1° *Rupture totale*, portant sur toute ou une partie de la circonférence des trois tuniques ; elle est spongio-fibro-muqueuse ;

2° *Rupture interstitielle* (type Reybard) dont l'étude anatomo-clinique a été reprise, il y a quelques années, par Baron (1), interne de Bazy.

(1) Baron. — *Presse médicale*, 1898.

Cette rupture est constituée par une déchirure intrapariétale des aréoles spongieuses entre la muqueuse et la fibreuse. Ces deux enveloppes, restées intactes, limitent un hématome intrapariétal.

Au point de vue clinique, les malades n'éprouvent, après l'accident, ni rétention d'urine complète, ni urétrorragie, ni écoulement purulent par le canal ; mais, plus tard, ils ont un retrécissement rebelle, si aucune intervention n'a eu lieu

Cette localisation de l'hématome entre la muqueuse et la fibreuse explique que le sang ne peut envahir subitement toute la loge périnéale.

3° Rupture spongio-muqueuse de Terrillon avec intégrité de la fibreuse. Il y a déchirure des aréoles spongieuses et de la muqueuse.

Dans ce type, il y a urétrorragie.

4° Escat (1) a signalé un 4e type qu'il appelle spongio-fibreux. La rupture porte sur le corps spongieux et la fibreuse, le sang infiltre immédiatement la loge périnéale superficielle.

Le traumatisme peut donc atteindre l'urètre en tous ses points ; mais, suivant le volume et l'intensité du choc, la déchirure varie en profondeur et en étendue.

La rupture des vaisseaux va livrer passage au sang et donner lieu à un épanchement qui sera soit infiltré, soit collecté ; mais le chirurgien doit savoir qu'il a affaire non à une plaie ou une rupture nette mais à des tissus contus par écrasement et qui ont une tendance au sphacèle.

L'épanchement ainsi produit va bientôt se séparer en deux parties, l'une le sérum et l'autre le caillot.

La présence du caillot déterminant des phénomènes irritatifs dans les tissus qui l'environnent, les cellules fixes de ce

(1) Escat. — *Une variété de rupture de l'urètre spongieux*, Association française d'urologie, 20 octobre 1898.

issu s'hypertrophient et prolifèrent. Elles pénètrent, ainsi que es leucocytes, dans le caillot fibrino-sanguin.

La paroi qui limite l'hématome présente à sa surface des bourgeons charnus vasculaires ou du tissu conjonctif de nouvelle formation ; ces prolongements pénétrant en tous sens le caillot vont le résorber et le transformer en tissu de cicatrice.

La fibrine et les globules morts ont donc disparu à mesure que progressait la réparation conjonctive et le terme ultime de ces transformations a été du tissu fibreux résultant de la rétraction progressive de ces fibres que Ranvier a dénommées synoptiques.

Mais cette évolution aseptique, normale lorsque le traumatisme a porté sur d'autres régions, est assez rare lorsque c'est le périnée qui est intéressé. La plupart du temps, loin de se résorber, l'hématome périurétral va suppurer.

Comment expliquer cette septicité constante ? les voies en sont multiples.

Les germes peuvent :

1° Se trouver dans l'urètre ;

2° Etre introduits dans le canal par des instruments ;

3° Charriés par l'urine infectée.

1° Les germes de Lustgasten, Marmaberg, Rowsing et Melchior ont prouvé que l'urètre sain est habité par de nombreuses colonies microbiennes ; sur douze urètres examinés, ces auteurs ont isolé douze espèces différentes.

Wassermann et Petit ont décrit le staphylococcus ureus liquefaciens et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° L'urètre normal est toujours habité par des micro-organismes divers ;

2° On ne trouve pas toujours les mêmes espèces dans les divers urètres ;

3° Il existe des différences entre les espèces du meât et

celles des parties profondes de l'urètre chez le même individu ;

4° La plupart des espèces trouvées n'est point pathogène dans les conditions ordinaires ;

5° La plupart des micro-organismes de l'urètre décomposent l'urée ;

6° Ils n'ont jamais trouvé les pseudo-gonocoques signalés par Lustgasten et Marmaberg.

Donc, si à l'état normal l'urètre est habité par des microbes, à plus forte raison doit-il l'être lorsqu'il est traumatisé. La violence des microbes pourra se développer librement, la faible résistance des tissus contusionnés ne pouvant l'en empêcher.

2° Les microbes peuvent être apportés de l'extérieur par les instruments. Il est bien rare que le médecin appelé après le traumatisme ne pratique une ou plusieurs fois des tentatives de cathétérisme. Cette manœuvre, souvent très urgente, peut amener des dommages multiples.

Que se passe-t-il, en effet? Si l'on a réussi, on laisse à demeure la sonde qui, d'une part, facilite l'écoulement de l'urine et, de l'autre, doit empêcher l'infection urinaire de l'hématome en attendant qu'il soit résorbé.

La plupart du temps, le résultat obtenu est tout l'opposé de celui qu'on attendait. L'infection par la sonde est en effet constante, quel que soit son degré d'asepsie. L'urètre irrité par la présence de ce corps étranger va voir la pullulation microbienne se développer avec rapidité.

3° Les microbes peuvent être encore charriés par une urine infectée avant le traumatisme ; nous ne faisons que relater cette source possible.

Ainsi donc, quelle que soit la provenance des germes, le foyer de l'hématome, ouvert largement dans le canal ou

séparé de ce conduit par un pont de muqueuse, est en puissance d'infection.

Par cette porte entrebaillée, a dit Forgue, peut se glisser une septicémie urineuse.

Cela est surtout vrai dans les cas graves où « l'abondance du sang épanché, la meurtrissure du corps spongieux et des masses caverneuses, la présence de tissus contus et tous prêts au sphacèle, les décollements sous-cutanés constituant un foyer traumatique irrégulier à recoins anfractueux, sont favorables aux colonisations bactériennes et à la stagnation urineuse.

Si la rupture urétrale s'accompagne d'une fracture du pubis, la porte peut être ouverte à l'ostéomyélite suppurée et à l'infection purulente ; rares sont les cas où la sclérose de défense limite le foyer infiltré, borné à un simple abcès urineux.....

On voit donc combien est artificielle cette catégorisation en cas bénins, moyens et graves, et combien illusoire ce diagnostic, puisque les frontières sont aussi aisément franchies et qu'il est si difficile de prévoir une aggravation éventuelle à la période primitive par l'infiltration, à la période tardive par le retrécissement (Forgue) (1) ».

Dans la plupart des cas, l'urètre est coupé en deux, la muqueuse recroquevillée, le corps spongieux comme mâchonné ; la présence de caillots empêchant le libre écoulement de l'urine va permettre à celle-ci de s'infiltrer dans le périnée et se mélanger imtimément à l'hématome qui suppure.

Si la peau est intacte, empêchant le sang et l'urine de s'écouler, ce liquide purulent va croupir pendant quelque

(1) Forgue. — *Précis de Pathologie externe*, t. II, 4e édit., 1904.

temps dans ce clapier péri-urétral et aboutir : soit à l'infiltration d'urine et au phlegmon diffus, soit à l'abcès urineux.

Les agents de cette septicité urinaire sont le coli-bacille, d'après Albarrau, Hallé, Clade et Tuffier.

C'est surtout quand il s'agit d'un phlegmon diffus de la loge inférieure que la tuméfaction gagne promptement. La verge, les bourses, les aînes, les bas flancs, la partie supérieure et interne des cuisses sont infiltrés ; c'est une périurétrite suppurée, diffuse aiguë.

Mais le foyer peut rester localisé ; cette périurétrite suppurée circonscrite, pouvant évoluer selon le type aigu ou chronique.

Il est des cas ou l'infection n'évolue pas avec des symptômes bruyants, sa marche est alors torpide ; le foyer va évoluer vers le type scléreux.

Il se forme tout autour du canal ou à sa partie inférieure seulement du tissu cicatriciel qui, peu à peu, en retrécit la lumière ; cette masse de tissu, qui dans la plupart des cas reste assez circonscrite, sous l'influence de la périurétrite chronique, peut prendre un développement énorme.

Escat (1), dans son mémoire de 1898, a tracé le mécanisme et l'évolution de ces foyers morbides sous le nom d'urinome diffus.

« Tantôt ces foyers forment la coque d'une vieille poche urineuse en communication avec le canal et restent circonscrits ; tantôt ils forment des masses épaisses, traversées par le trajet tortueux que représente l'urètre, et de ce canal déformé, blindé par l'épaississement inflammatoire, partent des filons fongueux, des fistules multiples.

» D'autre fois, les masses éléphantiasiques sont creusées

(1) J. Escat. — *Annales des org. gén.-urinaires*, septembre 1898, Infiltration d'urine et périurétrites.

de geôdes septiques, véritables abcès alvéolaires, sans communication avec l'urètre ; ces foyers multiples, étagés tout autour du canal, ont un volume variable qui va habituellement du volume d'un grain de mil à celui d'un œuf de poule. Ils rappellent par leur aspect les geôdes d'une tumeur.

En réalité, ces masses représentent un type de lymphangite chronique, de lymphangite aiguë ou subaiguë. Ces lésions se développent de préférence dans la région scroto-périnéale où l'œdème se produit si facilement et passe progressivement de l'œdème mou à l'œdème induré (Escat) (1). »

Cette longue digression dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, nous montre la nécessité des incisions précoces et larges dans les ruptures traumatiques de l'urètre, même dans le cas ou le malade urine très bien après l'accident et même s'il n'urine pas du sang : la question n'est pas douteuse quand il y a un hématome ou une masse périnéale infiltrée perceptible au palper.

Escat (2) est convaincu, par les faits qu'il a observés, que l'incision immédiate suivie ou non de suture réussirait aussi à éviter ces graves strictures, si rebelles qui suivent les cas en apparence légers où il n'y a pas d'hématurie ni de tumeur périnéale mais un hématome interstitiel.

(1) Escat. — *Bulletin de l'Association française d'urologie,* Périurétrite chronique, 1905.

(2) J. Escat. — *Bulletin de l'Association française d'urologie*, Périurétrite chronique (Urinome diffus), 1905.

CHAPITRE III

ARGUMENTS TIRÉS DE LA CLINIQUE

L'anatomie et la physiologie pathologiques ont montré les dangers d'infection qui menacent le foyer traumatique, même réduit à un simple hématome interstitiel.

La clinique nous prouve encore combien l'intervention est nécessaire ; les complications les plus graves pouvant se produire dans les cas en apparence les plus anodins.

Les nombreuses observations contenues dans les thèses de Noguès, Stoitchoff, Fabre, Gilles, Malbois, se rapportent à des cas dits légers, des cas moyens et des cas graves.

Les déductions que l'on tire de leur examen sont toutes en faveur de l'incision précoce, malheureusement trop peu pratiquée.

Parmi les cas graves, nous pouvons remarquer que quelques-uns, traités par l'incision immédiate, ont guéri sans complications.

Parmi les autres, on note une métamorphose rapide des cas dits légers qui ne tardent pas à présenter les complications les plus redoutables, se terminant quelquefois par la

mort, assez souvent par un retrécissement rapidement infranchissable.

L'explication est assez aisée. Comme pour toutes les lésions traumatiques, les ruptures de l'urètre ont été divisées en plusieurs degrés : cas légers, cas moyens et cas graves. Là-dessus on a basé une thérapeutique appropriée à chaque catégorie.

Dans les cas légers où l'hématome est interstitiel, la miction facile, l'urétrorragie peu abondante ou nulle, l'expectation et la surveillance sont recommandées ; la thérapeutique est symptomatique.

Dans les cas moyens et graves, l'incision plus ou moins précoce du foyer traumatique est de mise.

Cette division fait souvent porter au praticien un pronostic trop favorable et berce le malade d'une illusion qui ne tarde pas à se dissiper.

Je dirai plus : j'ai constaté que, dans quelques cas de rupture grave, l'incision n'avait eu lieu ni précocement ni tardivement ; en cette occasion, le résultat fatal ne s'était pas fait attendre.

Ne devrait-on pas, puisque l'incision immédiate est efficace dans les ruptures graves, l'appliquer sans hésitation aux cas légers et ne pas compter sur la résorption problématique d'un épanchement ?

En face d'une lésion urétrale, le chirurgien doit s'attacher à prévenir les conséquences et les complications ; et, en l'espèce, il ne peut y arriver qu'en évacuant ce foyer que l'anatomie et la physiologie pathologiques nous ont montré menacé par l'infection. C'est la pratique de mon maître Escat et de Forgue.

Les exemples ne nous manquent pas :

1° *Envisageons, tout d'abord, des cas où l'incision n'a pas eu lieu.*

C'est ordinairement dans les cas dits légers que la méthode n'est pas employée. Urétrorragie légère ou nulle, miction facile ou suppléée par un cathétérisme heureux, tumeur toute petite, température normale font préférer l'abstention.

S'il y a dysurie, la sonde permet de lutter contre cette difficulté de la miction.

Mais on oublie que l'urètre est peuplé de microbes ; la sonde, plus ou moins aseptique, va frotter contre cette muqueuse d'un côté attaquée par la flore microbienne urinaire, de l'autre en rapport avec la tumeur sanguine, milieu de culture par excellence.

Irritée, la muqueuse va réagir et s'ulcérer.

La déchirure, d'interstitielle, est devenue spongio-muqueuse et, dès lors, le foyer est ouvert à l'urine ; l'intervention qui devait précéder l'infiltration n'a fait que la suivre.

Tel est le cas de l'observation I de la Thèse de Fabre. Un homme de 32 ans reçoit un coup de pied sur le périnée ; il présente, à la suite de ce traumatisme, un peu d'urétrorragie et une ecchymose périnéale ; c'est tout. Le cathéterisme pratiqué tout aussitôt permet l'introduction dans la vessie d'une sonde laissée à demeure ; le malade est considéré hors de danger.

Une infiltration d'urine (phlegmon diffus péri-urétral) vient démentir le pronostic favorable et la mort arrive le septième jour par urémie.

Il en est de même de l'observation II due à Mollière. Le cathéterisme est tout aussi facile que pour le premier cas ; six jours après, troubles de la miction et malgré l'incision périnéale, la mort survient le quinzième jour après l'accident.

(A cette catégorie de faits se rapportent les observations III, IV, VII de la thèse de Gilles).

L'observation 20e de la thèse Stoitchoff est très intéressante.

Le malade se présente à l'hospice le 17e jour après l'accident ; sa verge est énorme, œdématiée ; de chaque côté du pénis on voit deux ulcérations noirâtres, gangréneuses par où sourd un pus épais, sanieux, rougeâtre.

L'explorateur à boule et les bougies sont arrêtés à 4 cent. du méat ; l'incision est on ne peut plus indiquée ; l'état général est déjà mauvais ; température 39° centigrades.

On se contente de laver le gland au sublimé 1/2000e et d'appliquer des cataplasmes de farine de lin.

1 mois 1/2 après, le gland qui, dans cette intervalle, a pris une teinte noirâtre, ne tient plus que par sa partie antérieure ; la partie postérieure éliminée laisse voir une cavité large, anfractueuse, profonde.

Le malade meurt moins de trois mois après l'accident. Tout commentaire serait superflu.

Le sphacèle ne détermine pas toujours la mort. Il donne lieu alors à de larges cicatrices vicieuses. Tel est le cas des malades des observations 8, thèse Stoitchoff, et 2, thèse Gilles.

L'infiltration d'urine, avec son cortège de symptômes graves, n'est pas la conséquence habituelle de l'insuffisance du traitement primitif.

Il est d'autres complications moins alarmantes ; ce sont des abcès avec fistules consécutives, des retrécissements rapidement filiformes.

Chez le malade de Deloma (thèse Noguès, n° 178), le cathétérisme était biquotidien. Le 7e jour, un phlegmon nécessite l'urétrotomie externe ; peu après, une fistule se forme ; une 2e urétrotomie a lieu ; reproduite de nouveau, la fistule ne céda qu'à une nouvelle excision.

Il en est de même du malade de Mac Burney (thèse Noguès) ; l'abcès se perça le 6e jour.

Tous les chirurgiens ont des cas de retrécissement grave survenant après une rupture légère.

Les observations 12 et 17 de la thèse de Fabre nous montrent un retrécissement rapidement formé ; 15 jours après pour le malade de Guyon et un peu plus pour le malade de Bœckel ; cependant, dans ces deux cas, les symptômes n'étaient pas inquiétants ; la miction assez facile.

Nous avons observé, à la clinique du Professeur Escat, un retrécissement formé moins d'un mois après le traumatisme, chez un blessé examiné dans les premiers mois de cette année.

Le tissu cicatriciel qui constitue le retrécissement ne forme pas toujours une virole nette. Il peut prendre un développement énorme, former des masses éléphantiasiques.

Mon maître M. le professeur Escat et M. le professeur Forgue à quelques mois d'intervalle, viennent de constater deux cas qui représentent ce type de périurétrite chronique éléphantiasique.

Le malade de Forgue représente le premier stade de cette évolution hyperplasique ; celui d'Escat en est le type achevé.

Le blessé de Forgue, trois mois à peine après le traumatisme, présente une infiltration considérable de toute la région périnéo-scrotale empiètant sur la région fessière, la peau présente un épaississement verruqueux de coloration rougeâtre, véritable rebut de transformation éléphantiasique, trajets fistuleux laissant sourdre de pus ; l'explorateur à boule est arrêté au niveau du collet du bulbe ; une bougie filiforme passe difficilement.

A propos de cette observation, M. le professeur Forgue, dans une de ses leçons cliniques, a insisté sur la nécessité de l'incision aussi précoce que possible ; même dans le cas où l'absence de symptômes immédiats (absence d'urétrorragie, de rétention et de tumeur périnéale) peut nous engager à adopter une thérapeutique purement symptomatique.

Le malade d'Escat réalise d'une façon typique cette forme

clinique de périurétrite chronique qu'on pourrait appeler urinome diffus et qui représente en réalité le type le plus accentué de lymphangite scléreux-hypertrophique péri-urinaire, consécutive à une incision trop tardive.

Il s'agit d'un ouvrier du P. L. M., qui après un coup violent d'une pièce de bois sur la région périnéo-scrotale ne présente qu'un gonflement diffus des parties. Trois mois après l'accident, un foyer périnéal se forme ; il entre à l'hôpital où on lui fait deux incisions transversales. Deux ans après on lui fait le premier cathétérisme. Depuis cette époque il n'est plus sondé.

Renvoyé de l'hôpital comme incurable (le traumatisme date de 4 ans), il vient trouver le docteur Escat ; les bourses ont alors le volume d'une tête d'enfant de 2 ans.

On procède à l'ablation de cette masse et on réussit, par 3 opérations autoplastiques, à lui refaire un canal qui admet régulièrement le n° 16 ; mais le malade ayant les urines purulentes on laisse subsister un méat périnéal ; il a promis de revenir pour qu'on le lui ferme ;

2° *Passons aux observations où l'intervention chirurgicale s'est produite sans délai.*

MM. les professeurs Escat et Delanglade, M. le docteur Piéri, chirurgien des hôpitaux, ont bien voulu nous confier 3 cas d'incision précoce.

Le malade d'Escat arrive en état de rétention d'urine consécutive à une chute à califourchon ; une légère urétrorragie s'est produite au moment de l'accident ; il y a ecchymose périnéo-scrotale et œdème des bourses.

Le cathétérisme sur mandrin permet l'évacuation de 1,800 grammes d'urine claire.

En l'absence de tumeur périnéale saillante, notre maître, se basant sur la sensation nette de rupture constatée à l'explo-

rateur à boule, incise le périnée le lendemain, moins de 24 heures après l'accident ; le foyer énorme contient de gros caillots ; la solution de continuité est de 5 centimètres ; mais il reste une bandelette de légère muqueuse à la paroi supérieure.

On panse la plaie opératoire ; les jours suivants, le blessé ne vidant pas sa vessie, on doit employer la sonde à demeure; l'urotropine est prescrite ; des lavages de vessie boriqués sont pratiqués.

Dès que la plaie bourgeonne, la dilatation au béniqué a lieu ; en moins de 2 mois la cicatrisation est complète, le périnée souple. L'accident date actuellement de 5 ans et des examens faits à des intervalles de 15 jours, 1, 2, 3, 6, 8 et 12 mois, montrent que la guérison se maintient ; le béniqué n° 55 passe très facilement.

Dans le cas de M. le professeur Delanglade, la rupture de l'urètre est due à une fracture du pubis (voiture tamponnée par automobile).

Il y a eu urétrorragie ; au moment de l'examen, rétention, *mais pas de tuméfaction périnéale, ni de fièvre ; le lendemain, sans tenter le cathétérisme, le chirurgien incise*, tombe sur une poche moyenne, la vide et retrouve assez facilement les deux bouts de l'urètre qui a été nettement sectionné au niveau de la région membraneuse. Il en fait la suture, agit de même pour les tissus péri-urétraux en laissant toutefois un drain ; la sonde à demeure enlevée le 11e jour doit être replacée sur mandrin, le malade ne vidant pas la vessie. Dilatation au béniqué quotidienne. L'opéré parfaitement guéri est actuellement en excellent état.

Depuis l'accident, qui a eu lieu en octobre 1904, M. le Professeur Delanglade, tous les 3 ou 4 mois, s'assure qu'une olive n° 18 passe facilement.

Le malade du docteur Piéri, par suite d'une chute à cali-

fourchon sur l'arête d'un tonneau, a une tuméfaction légère et une urétrorragie peu abondante.

Il est immédiatement transporté à l'hospice où ce chirurgien *tente une seule fois le cathétérisme puis pratique l'incision* ; suture des bouts de l'urètre à peine séparés, suture des plans périnéaux ; sonde à demeure, puis on passe des béniqués.

20 jours après guérison parfaite.

Ces trois observations nous montrent, qu'appliquée immédiatement à des cas sans gravité apparente, l'incision précoce, suivie de dilatation, a une valeur thérapeutique énorme, la guérison survient rapidement. Elle permet au malade d'uriner dans la suite aussi facilement qu'avant le traumatisme.

Si nous additionnons tous les cas contenus dans les tableaux résumant les thèses Noguès, Malbois, Fabre, Gilles, Stoitchoff, nous obtenons la statistique suivante :

Les thèses Noguès, Fabre, Malbois, Gilles et Stoitchoff nous permettent d'établir une statistique instructive.

Sur 137 cas de rupture traumatique de l'urètre pénien et périnéo-bulbaire, on remarque ce qui suit :

1° Dans 43 cas l'incision a été pratiquée avant toute infection apparente, de quelques heures à trois jours après l'accident.

On note :

33 fois une guérison rapide.

10 fois un insuccès nécessitant à une époque plus ou moins éloignée, une opération complémentaire (fistule, retrécissement).

2° Dans 10 cas l'incision a été pratiquée en pleine infection, de 4 jours à 1 mois après le traumatisme :

On note :

1 guérison.

3 morts.

6 fois des accidents ultérieurs nécessitant souvent

plusieurs interventions (fistule, retrécissement assez rapidement formés).

3° Dans 84 cas l'abstention a été complète :

On note :

5 fois la mort.

79 fois des accidents plus ou moins rapprochés nécessitant des interventions en de mauvaises conditions (abcès à répétition, fistules multiples et récidivantes, retrécissements rebelles).

Nous pouvons conclure que c'est l'incision immédiate qui offre le plus de guérison, 68 p. 100 environ. Si on temporise, les résultats deviennent rapidement mauvais ; au contraire les chances de mort augmentent.

Il faut donc inciser le plus tôt possible.

Nous avons, à tour de rôle, étudié : d'une part des observations sur l'incision n'ayant pas été pratiquée dans les 48 heures, des accidents graves ont suivi ; d'autre part, quelques cas ou d'excellents résultats ont été obtenus consécutivement à l'incision immédiate ou presque immédiate.

Mais nous devons avouer que certaines incisions périnéales n'ont pas donné tout ce qu'on en attendait ; les causes en sont multiples : un mauvais état antérieur du canal, un milieu opératoire septique, la gravité du traumatisme, la négligence de soins consécutifs à l'opération.

Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce qu'un cas de moindre gravité et opéré antérieurement donne de moins bons résultats qu'un cas sévère ; une des causes invoquées plus haut a souvent suffi pour renverser les proportions.

On note des récidives fréquentes.

Le malade se soumet-il toujours au traitement consécutif ? Tout n'est pas dit, bien que le malade quitte l'hospice avec

un périnée souple et un canal qui peut admettre les plus grosses bougies.

Il a besoin d'être surveillé et de suivre un régime. Accepte-t-il toujours de venir régulièrement faire constater le calibre de son canal et le dilater au besoin ?

Ce n'est qu'en se soumettant à ces obligations que le malade obtiendra, de l'incision immédiate, le résultat qu'en attend le chirurgien. Bien peu tiennent cette ligne de conduite.

Nous voyons cependant que le blessé d'Escat a accepté de venir d'abord tous les 15 jours, puis tous les 1, 2, 3, 6, 8, 12 mois. Plus de cinq ans se sont écoulés depuis l'accident et le calibre du canal se maintient au N° 54 béniqué.

Le blessé de Delanglade vient tous les 4 mois, depuis 2 ans, faire constater que son urètre admet l'olive N° 18.

Nous pouvons, par conséquent, conclure de cette étude clinique que :

1° Certaines ruptures de l'urètre graves ou légères ont évolué normalement vers la guérison après l'incision immédiate ;

2° Des cas légers, traités de prime abord par la sonde à demeure ou le cathétérisme, ont déterminé, dans la suite, des infiltrations d'urine, abcès, fistules, retrécissements rapidement infranchissables ; dans quelques cas la mort ;

3° Il est sage de tenir la même règle de conduite pour tous les cas où la rupture de l'urètre est certaine, c'est-à-dire pratiquer l'incision immédiate du foyer de déchirure ; les trois observations inédites, résumées il y a un instant, viennent à l'appui de notre opinion.

Il n'y a pas de raison pour, qu'à égalité de temps et de milieu, des cas de moindre gravité incisés ne donnent des résultats meilleurs, sinon aussi satisfaisants que des cas plus sévères,

CHAPITRE IV

INDICATIONS CLINIQUES

La valeur thérapeutique de l'incision immédiate est donc indéniable comme traitement d'urgence et comme traitement préventif des accidents éloignés, mais quoique l'anatomie et la physiologie pathologiques et la clinique nous aient démontré la nécessité d'inciser le plus tôt possible, on peut nous faire les objections suivantes :

Etes-vous autorisé à faire l'incision d'emblée chez un blessé qui ne présente qu'une urétrorragie légère, n'a pas d'ecchymose et dont la miction n'est presque pas troublée? Est-elle justifiée dans ces conditions?

Nous répondons sans hésitation oui, dans les cas où par l'explorateur à boule ou le palper nous avons senti une solution de continuité ou une tumeur, si petite soit-elle, qui nous permette d'affirmer la rupture.

Avec l'asepsie et l'antisepsie appliquées telles qu'elles le sont aujourd'hui, l'incision qui réussit dans des cas avancés a bien plus de chances de succès lorsqu'on a affaire à des tissus normaux et non encore infectés. La boutonnière périnéale ou pénienne se cicatrise rapidement.

Nouvelle objection : Ne vaut-il pas mieux attendre que les complications se produisent et ne serait-il pas temps encore d'opérer? Plus on attend et plus les difficultés de l'intervention augmentent. Un abcès est déjà formé ; les tissus sont infiltrés de pus ; la paroi urétrale est gangrenée ; la perte de substance est plus grande à combler, et souvent on n'obtient pas tous les résultats qu'on attend.

Ce traitement préventif est-il efficace ?

Comment ne voit-on pas qu'excellente dans les cas graves, l'incision doit l'être à plus forte raison dans les cas moyens et surtout les légers ! L'opération est alors plus facile. Admettons que le résultat ne soit pas complet ! N'est-ce pas énorme d'éviter les abcès, les fistules et les retrécissements incoercibles.

Quelles sont donc les indications cliniques qui nous permettent de la pratiquer?

Considérons à tour de rôle les ruptures de la région péno-scrotale, périnéo-bulbaire et membraneuse.

Rupture de la région péno-scrotale

Les ruptures de la région péno-scrotale s'accompagnent de symptômes très variables en intensité et en étendue, suivant la gravité du traumatisme.

Ce sont :

1° La douleur.

2° La sensation de rupture.

3° L'urétrorragie.

4° L'hématome ou infiltration sanguine.

5° Les troubles de la miction.

Ils peuvent se présenter tous presque simultanément avec plus ou moins de violence ; ou bien ne se montrer qu'en partie ; ils peuvent passer inaperçus.

1° *La douleur est instantanée*, localisée au point lésé, elle peut s'irradier aux parties voisines, légère au point de permettre au blessé de continuer ses occupations ; elle peut en certaines circonstances amener la syncope.

2° *La sensation de rupture* peut se produire quelques fois.

3° *L'urétrorragie*, nulle dans les ruptures interstitielles, et spongio-fibreuse, est constante dans le cas de rupture totale ou spongio-muqueuse ; mais elle est extrêmement variable comme durée et quantité.

4° *L'hématome* est constant dans les ruptures de cette région, mais varie de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule.

La miction peut ne pas être troublée, d'autres fois il y a dysurie ; la rétention peut être complète. Cette rétention produite par l'hématome qui comprime le canal et en efface la lumière est assez souvent due à une paralysie post-traumatique de la vessie.

Les accidents consécutifs au traumatisme de la région péno-scrotale sont des plus sérieux ; les retrécissements des plus rebelles.

Il y a intérêt à intervenir aussi rapidement que possible.

Donc, si en coïncidence avec des commémoratifs de traumatisme, l'explorateur à boule rencontre une résistance dans le canal ; si, bien que la miction soit facile, la main palpant l'urètre mobile trouve une petite tumeur au point maximum de douleur, en l'absence d'autres symptômes de rupture, il n'y a pas d'hésitation possible.

Il faut inciser jusqu'à l'hématome pour l'évacuer.

RUPTURE DE LA RÉGION PÉRINÉO-BULBAIRE

Les ruptures de la région périnéo-bulbaire sont les plus

nombreuses. Elles présentent les mêmes symptômes que les ruptures précédentes, mais en général avec plus d'intensité.

Il est bien rare que l'on n'ait pas la triade symptomatique.

Urétrorragie.
Difficulté de la miction.
Tumeur périnéale.

Les signes de certitude de la rupture nous seront donnés, soit par l'explorateur à boule arrêté à la région périnéale en un point qui est le foyer maximum de la douleur, soit par la palpation qui nous renseigne sur le volume de l'épanchement.

Il n'y a pas à tenter de placer une sonde à demeure; il faut inciser franchement. Si le foyer est interstitiel, il est inutile, et même nuisible, de prolonger l'incision jusqu'au delà de la muqueuse.

Il peut arriver que le chirurgien ne trouve pas le bout postérieur pour placer une sonde à demeure. On peut alors employer tous les moyens en usage pour cette recherche (exploration au stylet et débridement de tous les trajets qui se présentent dans le champ de l'incision ; faire uriner le malade) mais il arrive que malgré ces précautions on ne peut arriver à retrouver le bout postérieur.

Avant de recourir au cathétérisme rétrograde comme l'a employé Estor , il vaut mieux s'adresser au procédé décrit par Forgue dans la *Presse Médicale* du 21 octobre 1903 et l'adopter à la recherche du bout postérieur dans le cas de rupture traumatique.

Voici qu'elle est la technique que Forgue a suivie : Le blessé est placé le périnée fortement relevé, un cathéter de Lyme introduit dans l'urètre vient ressortir au niveau de l'incision périnéale et repère le bout antérieur.

Il fait alors l'incision adoptée par tous les chirurgiens pour

la découverte prérectale de la prostate. Sitôt qu'il a découvert le bec de la prostate, il incise l'urètre à la sortie de cette glande. Une fois l'urètre ouvert, il place une pince de Kocher sur chacune des lèvres de l'incision, introduit le dilatateur à gouttière de Tripier fermé jusque dans la vessie, puis entre ses valves écartées place une sonde à bout coupé n° 18.

Dès lors, il suffit de cathétériser d'arrière en avant la partie de l'urètre postérieur située en avant de l'incision préprostatique. Sitôt que la sonde arrive au niveau du cathéter de Lyme, son pavillon est enfilé sur son bout, et le cathéter retiré entraîne la sonde dans l'urètre antérieur.

Suture au catgut des parties musculo-aponévrotiques du périnée. Suture des cornes de l'incision semi-lunaire. Un drain et une mèche de gaze placés dans l'espace pré-rectal sont changés au bout de trois jours et retirés au bout de huit jours.

Les thèses de Noguès, Fabre et Malbois comprennent 116 observations de rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire. La statistique en est intéressante :

Sur 116 cas on remarque ce qui suit :

1° Dans 41 cas, l'incision a été pratiquée avant toute infection apparente, de quelques heures à trois jours après le traumatisme.

On note :

32 fois une rapide guérison ;

9 fois un insuccès ayant nécessité une intervention complémentaire (fistule, retrécissement éloigné .

2° Dans 6 cas l'incision a été pratiquée en pleine infection, de quatre jours à un mois après le traumatisme.

On note :

1 fois la guérison ;

1 fois la mort ;

4 fois des accidents ultérieurs nécessitant une nouvelle intervention (fistule, retrécissement).

3° Dans 69 cas, l'abstention a été complète.

On note :

2 fois la mort ;

67 fois des accidents plus ou mois rapprochés nécessitant des interventions en de mauvaises conditions (abcès à répétition, fistules multiples, retrécissements infranchissables).

L'incision dans les trois premiers jours qui suivent le traumatisme offre donc, dans ces cas, 70 p. 100 de succès ; plus tardive, elle n'en donne plus que 16 p. 100 ; l'abstention amène presque fatalement des complications graves.

Rupture de l'urètre membraneux

Dans ce genre de rupture traumatique, l'urètre est totalement intéressé ; des trois phénomènes qui accompagnent toute rupture totale, un seul fait quelquefois défaut : c'est le gonflement périnéal.

Les observations d'infiltration d'urine consécutive aux lésoins de cette partie de l'urètre montrent que les symptômes se sont toujours manifestés dans la loge antérieure, et lorsqu'il y a eu épanchement pelvien, jamais le liquide n'est venu pointer derrière le muscle transverse dans la fosse ischio-rectale (Escat).

En raison de la gravité de l'infiltration, on est en droit de chercher à la prévenir.

Il faut inciser le périnée sur le raphé médian, si à la suite d'une fracture du pubis quelques signes nous donnent à penser que l'urètre est intéressé ; l'explorateur à boule, suivi toujours par le palper périnéal, nous renseignera très exactement.

Si le bout postérieur est repéré, on introduit une sonde dans la vessie et le blessé en retire le plus grand bénéfice puisque on aura assuré l'écoulement de l'urine et évité le cathétérisme rétrogade.

Si on ne trouve pas le bout postérieur, il vaut mieux, avant de recourir au cathérisme rétrogade, employer immédiatement le procédé de M. le professeur Forgue.

On voit tout l'avantage de cette méthode qui par une seule incision : 1° permet aux liquides épanchés, en s'écoulant, de n'infiltrer le périnée ; 2° permet de retrouver purement et sûrement le bout postérieur ; 3° évite du même coup le cathétérisme rétrogade. Cependant lorsque le traumatisme est grave, le mâchonnement intense des tissus ne permettrait peut-être pas de répérer facilement le bec de la prostate. Il vaut mieux dans ce cas recourir au cathétérisme rétrogade, comme l'a fait Estor.

Les ruptures de l'urètre membraneux sont extrêmement graves et lorsque les malades succombent, c'est plus par le fait de la fracture du bassin qu'à la suite de la lésion urètrale.

Nous ne décrirons pas le mode opératoire de l'incision périnéale. Il se trouve dans tous les ouvrages de thérapeutique et de clinique chirurgicales.

Un dernier point nous arrête et il est plein d'intérêt :

Quelle conduite tenir à l'égard de la plaie périnéale ? faut-il la laisser se cicatriser d'elle-même? devra-t-on au contraire faciliter la guérison par la suture soit de l'urètre seul, soit des tissus péri-urétraux en même temps ?

La suture de l'urètre, après l'incision périnéale, est une bonne opération ; ses résultats sont indéniables. Non seulement on la pratique lorsque l'incision a suivi de peu le traumatisme, mais encore lorsque l'urétrotomie externe est suivie de résection de la partie retrécie et sclérosée du canal.

Pasteau et Iselin, dans les derniers numéros des Annales des organes génito-urinaires, reprennent cette question.

Dans tout traumatisme incisé, ils conseillent : 1° d'aboucher les deux bouts de l'urètre à la peau ; 2° si c'est nécessaire plus tard (fistule plus ou moins large), refaire alors le canal même par autoplastie ; mais jamais se laisser aller à faire la suture sitôt la première incision faite.

Faisons remarquer que ce mode de traitement ne peut être appliqué à tous les cas, en admettant qu'il présente des avantages sur les autres méthodes.

On fera donc la suture toutes les fois que l'on jugera possible ; ici, comme en toutes choses, il faut être éclectique ; elle sera contre-indiquée par :

1° Les désordres anatomiques graves.
2° L'infection du foyer traumatique.

Mais n'oublions pas, a dit Forgue, que la meilleure suture n'ajoute pas grand chose à la rapidité de la guérison.

Quand la suture ne peut être faite dans des conditions très favorables, il vaut mieux laisser le foyer ouvert et diriger la cicatrisation par la dilatation au béniqué et la sonde à demeure utilisée d'une façon intermittente.

C'est la pratique de mon maître Escat, il pense qu'il n'y a dans le traitement des ruptures de l'urètre qu'un principe thérapeutique absolu : *c'est la nécessité de l'incision immédiate.*

Pour les traitements complémentaires (suture des 2 bouts, réparation plus ou moins complète des plans périnéaux avec ou sans drainage, suture des 2 bouts à la peau avec autoplastie secondaire, sonde à demeure, dilatation au béniqué, etc.) il y a lieu d'être éclectique ; aucun de ces derniers moyens thérapeutiques ne pouvant faire face à toutes les exigences cliniques.

La simple incision, sans suture, peut donner les meilleurs résultats.

Observation I

(Inédite. Due à l'obligeance dé M. le professeur J. Escat)

Rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire par chûte à califourchon. — Incision précoce. — Sonde à demeure. — Dilatation au béniqné. — Résultat parfait cinq ans après.

B.... âgé de 25 ans, ouvrier meunier, se présente chez moi dans les premiers jours d'octobre 1901. Il vient de faire une chûte à califourchon ; il est tombé dans une cage d'ascenseur, à cheval sur une poutre, d'une hauteur de plusieurs mètres. Le malade se traîne péniblement, il n'a plus uriné depuis 36 heures.

Immédiatement après l'accident il a eu une urétrorragie t ès légère ; quelques tâches de sang seulement, mais depuis rétention complète ; une ecchymose périnéo-scrotale et de l'œdème des bourses ont immédiatement paru.

Il n'y a pas de tumeur périnéale, mais de l'empâtement.

La vessie est énorme, distendue à l'excès ; après un grand lavage antiseptique de l'urètre Hg. Cy., un explorateur à boule introduit dans l'urètre tombe dans un foyer périnéal et décèle le lieu de la rupture. Une sonde à béquille s'arrête

dans ce foyer sans pénétrer dans la vessie et évacue 40 gr. environ d'urine et de sang.

Une sonde béquille 18, montée sur mandrin béniqué, pénètre dans la vessie en suivant la paroi supérieure et évacue 1800 gr. d'urine claire. Je décide immédiatement l'incision du périnée, mais je ne puis la pratiquer que le lendemain matin, pour des causes indépendantes de ma volonté.

Le lendemain, large incision périnéale, évacuation d'une masse de caillots. Je constate l'éclatement du bulbe, les tissus voisins sont comme broyés et saignent abondamment; le foyer est déjà infecté car le malade a 38°. L'urètre est détruit sur une longueur de 0,05 centimètres, il reste toutefois à la paroi supérieure une petite bandelette de muqueuse.

Je fais difficilement l'hémostase et suis forcé de laisser quelques pinces à demeure, les ligatures m'inspirant peu de confiance dans ces tissus en bouillie.

Je place une sonde à demeure, non pour modeler le canal et les tissus périurétraux, mais pour empêcher l'urine de baigner le foyer tant que le bourgeonnement de la plaie n'a pas commencé.

Cette sonde a du être maintenue pendant plus de 15 jours, car le malade a conservé pendant cette période de la paralysie vésicale.

Les jours suivants, j'ai eu quelques hémorragies secondaires dues au mauvais état des tissus qui n'ont bourgeonné que lentement.

Dès que le bourgeonnement des tissus a commencé, j'ai supprimé la sonde à demeure et j'ai passé régulièrement des béniqués jusqu'au 60.

J'ai fait pratiquer au malade des cathétérismes quatre fois par jour avec une sonde béquille qui suivait la paroi supérieure et franchissait très bien la fistule ; la fermeture s'est effectuée en un mois et demi d'une façon complète.

J'ai dilaté successivement le malade tous les 8 jours, puis ous les 15 ; enfin je l'ai laissé pendant 1 mois, puis 2, 3, 5 mois sans dilatation. Cette dernière se maintenait très bien, n sentait un anneau léger au niveau de la rupture, mais haque fois le 50 et le 55 étaient passés facilement. Je suis rrivé à laisser ce malade un an sans dilatation, et aujour-'hui, cinq ans après l'accident, je passe avec une extrême acilité le 50 et le 55. Il n'est plus possible, ni extérieure-nent, ni par l'exploration interne, qu'il y ait eu pareil trau-natisme.

Il ne me paraît pas possible d'avoir un meilleur résultat, t je me demande si les méthodes plus compliquées auraient u donner un résultat meilleur.

Ces méthodes étaient d'ailleurs inapplicables ; pas plus que suture de l'urètre, que la suture des tissus voisins n'étaient ossibles, les tissus étant réduits en bouillie. Je me suis con-nté d'un nettoyage minutieux et d'une large incision.

Observation II

Professeur Escat. Clinique des voies urinaires).

upture traumatique de l'urètre périnéal par chute a califourchon, rétrécissement rapide. Incision 40 jours après le trauma. Résec-tion du noyau cicatriciel. Réparation de l'urètre. Guérison.

L., marin, âgé de 33 ans, vient à la Clinique pour réten-n d'urine, le 27 janvier 1906.

Il raconte que 20 jours avant il est tombé à califourchon r un soliveau d'une faible hauteur. Une urétrorragie

grave se produisit, il fut soigné par le docteur Périot qui mit de la glace, arrêta le saignement, la miction devenant rapidement difficile. Le malade m'est adressé.

Je constate une rétention incomplète, un noyau olivaire enchâsse l'urètre périnéal, volume d'une grosse olive.

Une bougie filiforme, 6 ou 7, passe dans le canal.

Je décide la résection du noyau, j'opère le malade dans le service de M. le professeur Imbert. Incision médiane du périnée ; je fends le nodule en 2, il forme une masse lardacée au centre de laquelle passe l'urètre tortueux, prêt à s'oblitérer complétement. Résection des deux moitiés en laissant une petite bandelette médiane qui d'ailleurs est, elle même. déjà sclérosée. Je place une sonde à demeure, je réunis au-dessus par 2 plans de suture au catgut à la Lambert et je mets un plan cutané avec des crins de Florence.

J'ai eu le soir une assez grave urétrorragie le long de la sonde et qui tenait à ce qu'on m'avait donné du catgut trop fin pour les trous d'aiguille. Une compression périnéale arrêta le sang et onze jours après je pus enlever les crins et la sonde et faire uriner le malade ; la guérison fut rapide et neuf mois après la sonde 24 passait très facilement ; un petit ressaut et une légère déviation du canal indiquent le siège de la rupture.

Voici un malade opéré 40 jours après la rupture. Je suis convaincu que l'incision précoce pratiquée aurait évité la formation de ce noyau dur et que la cicatrisation se serait faite dans d'excellentes conditions en passant des Béniqués.

C'est un fait négatif en faveur de l'incision précoce. Le noyau incisé n'était pas une simple cicatrice, mais un foyer de périurétrite scléreuse, l'incision eût certainement évité cette réaction sténosante des tissus.

Observation III

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue.)

X... entre le 4 décembre 1906, à l'hôpital Saint-Eloi, service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 1.

Le blessé raconte qu'il a fait, il y a 22 mois, une chute à califourchon sur le rebord d'une barque.

Aucun trouble urinaire immédiat (absence d'urétrorragie et de rétention) pas de tumeur périnéale.

Le lendemain le blessé s'aperçoit qu'au niveau du périnée, s'est développée une tumeur du volume d'une noix. Cette grosseur va s'ouvrir les jours suivants et livrer passage à du pus et de l'urine.

15 jours après, l'accident un trajet pustuleux se forme, les bourses ont considérablement augmenté de volume et la tuméfaction remonte jusqu'à la paroi abdominale.

A partir de ce moment la miction devient de plus en plus difficile et douloureuse, et bientôt il va uriner par regorgement; la tuméfaction gagnant toujours, le blessé entre à l'hospice de Cette où on lui incise un vaste plegmon.

Malgré la sonde à demeure gardée un mois, une fistule périnéale livre toujours passage à l'urine; cet état se prolonge jusqu'il y a deux mois, où des phénomènes de cystite apparaissent ainsi que deux abcès de la région épigastrique, qui se sont crevés d'eux-mêmes et laissent sourdre un pus sanieux, rougeâtre. Ce blessé se décide alors, le 4 décembre 1906, à entrer à Saint-Eloi, service de M. le professeur Forgue.

Examen actuel. — La région périnéo-scrotale et ischiatique est le siège d'une infiltration dure et épaisse. La peau rougeâtre et verruqueuse, représente un véritable début de transformation éléphantiasique; au milieu de cette masse mamelonnée, deux petits trajets fistuleux livrent passage à du pus.

A l'explorateur à boule, on sent un retrécissement siégeant au niveau du collet du bulbe; seule une bougie filiforme le franchit et est laissée à demeure en attendant l'intervention qui doit être pratiquée incessament.

Observation IV

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur Delanglade, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Marseille.)

Rupture complète de l'urètre membraneux. — Suture. — Guérison sans retrécissement. — 26 mois après. — Olive n° 18 passe facilement.

Le 2 octobre 1904, je suis appelé auprès de M. Voi. , âgé de 47 ans, qui a subi, la veille dans l'après-midi, un grave accident. Une voiture découverte, dans laquelle il se trouvait, avait été renversée par un automobile et il avait été pris entre la voiture et le sol. Dégagé, il n'avait pu se relever seul ni même rester droit, ses compagnons le soutenant sous les aisselles. On l'avait transporté à Arles, la ville la plus proche, et là, un médecin constatant qu'il saignait par le canal, avait essayé de le sonder, mais sans parvenir à pénétrer dans la

vessie. Il avait été ramené à Marseille en chemin de fer, l'entrée et la sortie ayant été effectuées sur une chaise. Lorsque je le vis, il souffrait surtout de sa rétention d'urine. La vessie remontait jusqu'à l'ombilic. L'urétrorragie s'était arrêtée, mais la chemise présentait des taches de sang. Douleurs dans les deux membres inférieurs que le blessé ne peut détacher du plan du lit. Douleur vive à la pression en dehors du corps du pubis, à droite et du même côté sur la partie la plus externe du sacrum. Pas de tuméfaction périnéale. Pas de fièvre. En présence de cet état, le diagnostic de rupture de l'urètre membraneux avec fracture double verticale du bassin me paraissait s'imposer. Sans faire aucune tentative de cathétérisme, je conseillai donc le transport immédiat du blessé à la Maison de santé pour lui faire subir l'opération qui eut lieu deux heures plus tard.

Opération le 2 octobre 1904, à 1 heure. Chloroformisation par le docteur Isaac fils. Assistance par le docteur Meynet. Position de la taille, le bassin étant fortement relevé par un drap plié, les membres inférieurs maintenus par les porte-jambes de Doyen. Incision en Y commençant sur le raphé, puis bifurquée, les deux branches passant à égale distance de l'anus et des ischions. Le bulbe recouvert du bulbo-caverneux paraît normal. Au dessous et en arrière de lui, en avant du rectum existe au contraire une cavité anfractueuse pleine de sang et de caillots qui n'est mise en évidence qu'après.

Désinsertion antérieure du sphincter et section de la bandelette recto-urétrale. C'est dans cette cavité que débouche une sonde introduite dans l'urètre, mais je ne puis voir l'orifice haut situé qu'après avoir décollé le bulbe et l'avoir fendu d'arrière en avant entre deux pinces de Kocher ainsi que la partie postérieure de l'aponévrose moyenne. Le bout postérieur est ensuite trouvé sans trop de peine. La section

est nette, circulaire, l'écartement mesure deux travers de doigt environ. Pas d'esquille. Réunion de la demi-circonférence antéro-supérieure avec quatre catguts 00 passés avec une fine aiguille à petite courbure. Points non perforants. La sonde est alors poussée dans le bout postérieur et dans la vessie. Achèvement de la suture circulaire par quatre autres points sur la demi-circonférence postéro-inférieure. Hémostase de la région, plusieurs pédicules sont nécessaires à cause de la friabilité du tissu caverneux. Reconstitution du périnée par quelques points de catgut. Drain au voisinage de la suture du canal. Suture superficielle aux crins.

Suites apyrétiques :

5 octobre. — Ablation du drain.

6. — Débâcle malgré l'emploi continué de l'extrait thébaïque.

11. — Ablation des fils cutanés.

Le 12, on retire la sonde à demeure.

Le 13, en arrivant chez le malade, j'apprends qu'il a, depuis la veille une rétention d'urine complète. Les Béniqués que j'avais portés — le malade avait été ramené chez lui depuis plusieurs jours — ne franchissent pas la suture. Comme cette tentative provoque l'apparition d'une goutte de sang, je n'insiste pas et j'appelle mon ami Escat qui introduit sur mandrin une nouvelle sonde à demeure.

Le 29, l'orifice du drain qui n'a d'ailleurs jamais donné passage soit à de l'urine, soit à du pus, est cicatrisé comme les parties voisines.

Pendant plusieurs semaines, le blessé a continué à souffrir des membres inférieurs, surtout à droite. Mais il n'y a pas eu de déformation, même secondaire du bassin. Ces troubles fonctionnels ont cessé et M. V... a pu reprendre entièrement son état da tapissier.

Au point de vue de sa suture, il a depuis lors, pendant

'érection, une déformation de la verge qui se recourbe un peu en bas, ce qui le gêne légèrement pour les rapports. Au contraire, la miction s'effectue comme par le passé. Tous les trois ou quatre mois, je m'assure qu'une olive 18 passe facilement et présente à peine au retour un léger ressaut.

Observation V

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur Piéri, chirurgien des hôpitaux.)

Rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire. — Incision périnéale 2 heures après le traumatisme. — Suture de l'urètre. — Sonde à demeure 5 jours. — Béniqués le 20e jour. — Guérison le 30 jour, le malade quitte l'hospice.

François S..., 24 ans, ouvrier des quais, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Moulaud, le 15 mai 1900 ; il raconte qu'occupé à débarquer des tonneaux de ciment, il a fait une chute à califourchon sur le bord de l'un d'eux.

L'accident remonte à 2 heures. Depuis il y a eu une légère rétrorragie et le blessé n'a pu uriner.

A l'inspection, je constate du côté du méat une légère ligillation sanguine, les bourses et la région périnéale ne présentent aucune saillie, aucune coloration anormale. Pourtant la pression au niveau du périnée révèle une douleur très vive.

Le cathétérisme avec une sonde molle reste infructueux ; je n'insiste pas d'ailleurs.

Le diagnostic de rupture de l'urètre ne faisant pas de doute, j'intervins séance tenante.

Narcose chloroformique ; incision médiane périnéale ; je tombe sur un foyer hématique ; la portion antérieure de l'urètre étant repérée par une sonde, je découvre assez aisément une rupture de l'urètre siégeant en arrière du bulbe et intéressant les 2/3 de la circonférence urétrale.

Trois points à la soie fine rétablirent la continuité du canal. Sonde à demeure. Fermeture de la plaie périnéale sans drainage, les suites furent des plus simples ; la sonde à demeure fut supprimée le 5e jour ; au 20e je passai quelques béniqués avec facilité malgré leur calibre ; le 30e jour le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

CONCLUSIONS

1° L'immense majorité des chirurgiens préconise l'incision précoce dans les ruptures traumatiques de l'urètre.

Dans la pratique, ce principe chirurgical est trop souvent oublié.

2° L'anatomie et la physiologie pathologiques démontrent la nécessité absolue d'évacuer immédiatement le foyer traumatique pour éviter les infections aiguës et la périurétrite scléreuse sténosante.

La clinique confirme cet argument ; l'évolution des ruptures traumatiques est d'autant plus grave que l'incision est plus tardive.

3° L'indication de l'incision immédiate est tout aussi impérieure dans les ruptures de l'urètre pénien et membraneux que dans celles de l'urètre périnéo-bulbaire dans les cas légers comme dans les cas graves.

4° Un seul principe thérapeutique est absolu dans le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre ; c'est l'incision immédiate.

Tous les autres moyens thérapeutiques complémentaires réclament choix et discussions.

5° L'incision immédiate sans suture avec simple dilatation au béniqué peut donner les meilleurs résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

NOTTA DE LISIEUX. — Bulletin de la Société de chirurgie (p. 463, 1875).
OLIVIER. — Thèse de Paris, 1876.
J. BŒCKEL. — Gazette médicale de Strasbourg (p. 121, 1876).
CROS. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1876.
TERRILLON. — Thèse d'agrégation (Paris, 1878).
SALVIAT. — Thèse de Paris, 1883.
OBERST. — Revue de Chirurgie (1883, p. 234).
KAUFMANN. — Revue P. Hayem (t. XXIV, p. 343).
— Annnales organes génito-urinaires (1885, séance du 17 juin).
L. CHAMPIONNIÈRE. — Annales organes génito-urinaires, 1885.
MOLLIÈRE. — Annales organes génito-urinaires, 1885.
BOURDEAUX. — Annales organes génito-urinaires, 1885.
ETIENNE. — Annales organes génito-urinaires, 1887 (p. 280, 340, 407).
CAUCHOIS. — Annales organes génito-urinaires, 1888 (p. 682).
COULHON. — Annales organes génito-urinaires, 1889 (p. 1119).
DOSSEFF. — (Thèse Montpellier, 91-92), Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'urètre et leur traitement.
GOURAUD. — (Thèse Paris, 1891-92), De la cure radicale de certains retrécissements de l'urètre par la résection suivie de suture.
NOGUÈS. — (Thèse Paris, 1891-92), De la réparation de l'urètre périnéal.
FABRE. — (Thèse de Paris, 1892-93), De l'urétrotomie externe d'emblée comme traitement unique des lésions traumatiques de l'urètre périnéal.

Astruc. — (Thèse Montpellier, 1894-1895), Intervention chirurgicale dans les ruptures de la vessie et de l'urètre consécutives aux fractures du pubis.

Estor. — Du Cathétérisme rétrogade (Paris, Coulet, 1895).

Cabot. — Annales organes génito-urinaires, 1897.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, t. II, 4e édit., 1897.

Walther. — (Thèse Paris, 1897-98), Des ruptures de l'urètre chez l'homme par bicyclette.

Sorel. — Conduite à tenir dans un cas de difficulté extrême à trouver le bout postérieur de l'urètre dans l'urétrotomie externe sans conducteur (Lyon, 1898-99).

Stoitchoff. — (Thèse Lyon, 1899-1900), Contribution à l'étude des ruptures de l'urètre pénien par traumatisme.

Stern. — Annales organes génito-urinaires, 1900.

Lennander. — Annales organes génito-urinaires, 1900.

Forgue et Reclus. — Traité de Thérapeutique chirurgicale (t. IV, 1898, p. 989).

Baron. — Presse Médicale, 1898.

J. Escat. — Annales des org. génito-urinaires (septembre et octobre 1898), Infiltration d'urine et périurétrite.

— Association française d'urologie (20 octobre 1898), Sur une variété de rupture traumatique de l'urètre spongieux.

Malbois. — (Thèse Montpellier, 1899-1900), De la reconstitution de l'urètre périnéal par la suture à un seul plan.

Gilles. — (Thèse Toulouse, 1900), Contribution à l'étude des ruptures de la région péri-scrotale de l'urètre.

Gross-Rohner, Vautrin, André. — Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale (t. IV, 1900, p. 114).

Legueu. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet (t. IX, p. 336, 1900).

Lejars. — Chirurgie d'urgence (2e édit., p. 521, 1900).

Trombert. — (Thèse Paris, 1900-01), Du Cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre.

Zadok. — (Thèse Paris, 1900-01), De la suture des parois urétrales sans sutures des parties molles et de la peau.

E. Forgue. — Précis de Pathologie externe, (t. II, 2e édit., p. 707).

— De la recherche du bout postérieur de l'urètre dans l'urétrotomie externe sans conducteur (Presse médicale, octobre, 1902).

Escat. — Bulletin Association française d'urologie (Périurétrite chronique, 1905).

Pasteau et Iselin. — Annales organes génito-urinaires, 1906 (p. 1601, 1697).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 décembre 1906.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1906.
Le Recteur,
A. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !